

Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Farmacia

**TIROCINIO PROFESSIONALE
LIBRETTO DI FREQUENZA**

a.a. _____ / _____

DATI DELLO STUDENTE TIROCINANTE

Cognome e Nome _____ matricola _____

DATI DELLA FARMACIA OSPITANTE

Nome della Farmacia _____

Titolare o Direttore: Dott. _____

Indirizzo: _____ Comune _____

CAP _____

Nome e Cognome del Tutore Professionale:

dott: _____

Firma e timbro del tutor professionale

Tutor Accademico

Il/La prof. _____

Firma

<u>ATTIVITA'</u>	<u>DATA/ORA</u>	<u>FIRMA del Tutor</u>
INTRODUZIONE AL TIROCINIO		
INCONTRO PERIODICO		
INCONTRO PERIODICO		
VERIFICA IN ITINERE		
VERIFICA IN ITINERE		

ELENCO DEGLI ARGOMENTI DA SVOLGERE DURANTE IL TIROCINIO IN FARMACIA

1. ORGANIZZAZIONE DEL S.S.N. - NORMATIVA NAZIONALE, NORMATIVA REGIONALE - LICENZE COMUNALI
2. ORDINE PROFESSIONALE, DEONTOLOGIA E CODICE DEONTOLOGICO
3. GESTIONE TECNICO ED AMMINISTRATIVA DELLA FARMACIA
4. ARREDI ED ORGANIZZAZIONE DELLA FARMACIA E DEL LABORATORIO GALENICO
5. PRESTAZIONI FARMACEUTICHE IN PARTICOLARE QUELLE SVOLTE DAL S.S.N.
6. ACQUISTO, DETENZIONE E DISPENSAZIONE DEI MEDICINALI IN PARTICOLARE I STUPEFACENTI
7. ALIENAZIONE DEI MEDICINALI E DELLE MATERIE PRIME DIVENUTE INVENDIBILI
8. PREPARAZIONE DEI MEDICINALI IN FARMACIA E NORME DI BUONA PREPARAZIONE
9. STABILITA' E BUONA CONSERVAZIONE DEI FARMACI COMPRESI FARMACI SCADUTI E REVOCATI
10. LA FARMACIA COME CENTRO DI SERVIZI – RAPPORTO E CORRETTA COMUNICAZIONE CON IL PUBBLICO – ANALITICA CLINICA E C.U.P.
11. INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA DELLA POPOLAZIONE FINALIZZATE AL CORRETTO USO DEI MEDICINALI ED ALLA PREVENZIONE
12. AUTOMEDICAZIONE, FARMACI SENZA OBBLIGO DI RICETTA MEDICA, ETICI ED EQUIVALENTI
13. FITOTERAPIA PRODOTTI NUTRIZIONALI COSMETICA OMEOPATIA
14. ADEMPIMENTI CONNESSI ALLA PHARMACEUTICAL CARE COMPRESA LA FARMACOVIGILANZA
15. BOMBOLE DI OSSIGENO; CERTIFICATI, COLLAUDI, DISPENSAZIONE
16. INTERAZIONE TRA FARMACI E TRA FARMACI ED ALIMENTI
17. UTILIZZO DELLE FONTI DI INFORMAZIONE DISPONIBILI NELLA FARMACIA O ACCESSIBILI PRESSO STRUTTURE CENTRALIZZATE
18. PICCOLE PATOLOGIE DELLE PRIME VIE RESPIRATORIE
19. IMPIEGO DELLE PIATTAFORME TELEMATICHE DI SUPPORTO AL RILEVAMENTO ED ALLA CONSERVAZIONE DEI DATI PROFESSIONALI ED AZIENDALI
20. TESTI E REGISTRI OBBLIGATORI
21. IL SISTEMA DI AUTOCONTROLLO HACCP (D.L.vo n.155/97)
22. ELEMENTI DELLA GESTIONE IMPRENDITORIALE DELLA FARMACIA ADEMPIMENTI INERENTI LA DISCIPLINA FISCALE
23. IMPIEGO DEI SISTEMI ELETTRONICI DI SUPPORTO AL RILEVAMENTO ED ALLA CONSERVAZIONE DEI DATI SIA PROFESSIONALI CHE AZIENDALI
24. NUOVI SERVIZI EROGATI DALLE FARMACIE NELL'AMBITO DEL S.S.N.
25. PRATICA DI PREPARAZIONE GALENICA
26. ESPERIENZA GUIDATA AL BANCO SOTTO LA SORVEGLIANZA DEL RESPONSABILE
27. OGNI ARGOMENTO PROFESSIONALE DIVENUTO DI ATTUALITA'

RIEPILOGO

<u>ANNO</u>												
<i>MESE</i>	<u>Gen</u>	<u>Feb</u>	<u>Mar</u>	<u>Apr</u>	<u>Mag</u>	<u>Giu</u>	<u>Lug</u>	<u>Ago</u>	<u>Sett</u>	<u>Ott</u>	<u>Nov</u>	<u>Dic</u>
<i>N°ore</i>												

<u>ANNO</u>												
<i>MESE</i>	<u>Gen</u>	<u>Feb</u>	<u>Mar</u>	<u>Apr</u>	<u>Mag</u>	<u>Giu</u>	<u>Lug</u>	<u>Ago</u>	<u>Sett</u>	<u>Ott</u>	<u>Nov</u>	<u>Dic</u>
<i>N°ore</i>												

<u>ANNO</u>												
<i>MESE</i>	<u>Gen</u>	<u>Feb</u>	<u>Mar</u>	<u>Apr</u>	<u>Mag</u>	<u>Giu</u>	<u>Lug</u>	<u>Ago</u>	<u>Sett</u>	<u>Ott</u>	<u>Nov</u>	<u>Dic</u>
<i>N°ore</i>												

Firma tutor farmacia

Timbro farmacia

DATI RIGUARDANTI IL PERIODO DI TIROCINIO

DATA DI INIZIO: _____

DATA DI CONCLUSIONE: _____

NUMERO TOTALE DI ORE DI TIROCINIO SVOLTE: _____

GIUDIZIO FINALE SUL TIROCINANTE (compilazione a cura del farmacista <u>Tutor Professionale</u> SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)
Frequenza e puntualità: _____
Partecipazione e interesse: _____
Eventuali carenze nella preparazione didattica formativa : _____
Eventuali eccellenze nella preparazione didattica formativa: _____

Giudizio complessivo: -*Sufficiente*

-*Discreto*

- *Buono*

- *Ottimo*

Firma per esteso del Tutore Professionale: _____

Firma per esteso del Titolare/Direttore: _____

Data: _____

Timbro della Farmacia

VIDIMAZIONE LIBRETTO

(compilazione a cura dell'Ordine dei Farmacisti competente per il territorio in cui ha sede la farmacia ospitante, SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)

Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

Presidente: dott. _____

Firma del Presidente: _____ Data: _____

Timbro dell'Ordine

GIUDIZIO FINALE SUL TIROCINANTE

(compilazione a cura del Docente Tutor Accademico SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)

Giudizio complessivo: - *Sufficiente*

- *Discreto*

- *Buono*

- *Ottimo*

Data: _____

Firma del Docente

Infortuni sul lavoro: INAIL – Gestione per conto dello Stato – T.U. n.1124/1965 - PAT INAIL 99992000

Polizza Infortuni: Compagnia POSTE ASSICURA SPA – Polizza n. 79910 – scad. 31.08.2026

Polizza RCT: Compagnia AXA ASSICURAZIONI – Polizza n. 407407904 – scad. 31.08.2026

Polizza RSMO per soggetti outgoing – Compagnia EUROP ASSISTANCE – Polizza n. 40001q – scad. 31.08.2026